

Гарелик П.В., Макшанов И.Я.

КЛАССИФИКАЦИЯ ПЕРИТОНИТА

/ Гродно /

Объективно обоснованная классификация перитонита позволяет уточнить диагноз, определить степень распространенности процесса, его тяжесть, а это диктует тактику и технику оперативного вмешательства, а также принципы ведения послеоперационного периода. Кроме того, внедрение в практику единой классификации обеспечивает возможность унифицировать оценку исходов, эффективность тех или иных лечебных манипуляций и лекарственных средств. Учитывая изложенное, а также отсутствие общепринятой республиканской классификации перитонита, в клинике общей хирургии ГГМИ разработана и применяется следующая классификация.

В зависимости от этиологического фактора перитониты бывают асептическими и септическими.

Виды асептических перитонитов: травматический, геморрагический, желчный, ферментативный, хилезный, лекарственный.

Септический перитонит может быть обусловлен грамположительными, грамотрицательными, анаэробными микроорганизмами или смешанной флорой.

В зависимости от клинического течения перитониты делятся на острые и хронические (первичные, резидуальные).

В зависимости от распространенности процесса (площадь поражения брюшины) предлагается следующая классификация.

1. Местный перитонит: 1.1. Ограниченный; 1.2. Неограниченный.

2. Распространенный перитонит: 2.1. Разлитой (диффузный); 2.2. Общий (тотальный).

Местный ограниченный перитонит (абсцессы, инфильтраты) — это инфекционный процесс с вовлечением брюшины, достаточно прочно отграниченный от свободной брюшной полости.

Местный неограниченный перитонит — это инфекционный процесс, поражающий одну область брюшной полости (подвздошная ямка, боковой канал, подпечечное пространство и т.д.), не отграниченный от свободной брюшной полости.

Диффузный (разлитой) перитонит — это инфекционный процесс, поражающий две и более областей брюшной полости (подвздошная ямка и боковой канал; малый таз, подвздошная ямка и боковой канал; нижний и средний этажи брюшной полости и т.д.).

Тотальный (общий) перитонит — это инфекционный процесс, поражающий всю поверхность висцеральной и париетальной брюшины.

В зависимости от характера экссудата перитониты делятся на серозные, геморрагические, фибриновые, гнойные, гнилостные, переходные (серозно-фибринозный, гнойно-геморрагический и др.).

При септическом перитоните экссудат может иметь примеси: желудочное или кишечное содержимое, кал, желчь, моча. Например, гнойный экссудат с примесью желчи или кишечного содержимого; гнилостный экссудат с примесью кала и т.д.

Выделяют 4 стадии течения перитонита:

I стадия — реактивная (6-8 часов) — рефлекторные расстройства гомеостаза.

II стадия — моноорганный (острой кишечной) недостаточности (24-72 часа). Наиболее характерны для данной стадии является острая кишечная недостаточность. Однако у пациентов с исходной патологией сердца или легких, уже в реактивной стадии может развиваться сердечная или дыхательная недостаточность, а на этом фоне — острая кишечная недостаточность.

III стадия — полиорганной недостаточности (48-96 часов), это различные комбинации поражения жизненно важных органов, всегда включающие острую кишечную недостаточность. В диагнозе, в графу «осложнения» выносятся «полиорганная недостаточность», а затем конкретизируется какие органы и системы поражены.

IV стадия — выздоровление, может наступить после любой из ранее перечисленных стадий, это типовое течение процесса.

Наиболее частые осложнения острого перитонита:

1. Флегмона брюшной стенки, как правило, развивается при гнилостном (анаэробном) перитоните.

2. Гипертермический синдром чаще всего развивается в раннем послеоперационном периоде в связи с эндотоксикозом, эксикозом и оперативным вмешательством в условиях наркоза. При тяжелом состоянии пациента операцию следует производить после соответствующей подготовки: первичная детоксикация, восполнение ОЦК путем введения плазмозаменителей и растворов электролитов.

3. Сепсис развивается либо до поступления в хирургическое отделение, либо в стационаре на фоне неэффективной терапии.

4. Септический шок — гиперергическая реакция в условиях тяжелого эндотоксикоза, проявляющаяся выраженной тахикардией, уменьшением системного сосудистого сопротивления, артериальной гипотензией, увеличением сердечного выброса, гипоперфузией тканей, лактацидозом, олигурией, нарушением сознания.

5. ДВС-синдром (тромбогеморрагический синдром) — обязательный спутник полиорганной недостаточности, характеризующийся гиперкоагуляцией, синдромом потребления (тромбоцитопения, фибриногенопения и т.д.), геморрагическими явлениями.

6. Кишечные свищи развиваются либо вследствие флегмонозного воспаления кишечной стенки, либо при локальном нарушении мезентерального кровообращения различного генеза.